



## INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR LA SOLICITUD

1. La Solicitud de Reembolso de Gastos Médicos debe ser completada por: el asegurado, rellenando el recuadro titulado **DECLARACION DEL ASEGUROADO**; y por el médico tratante, que debe llenar el recuadro **DECLARACION DEL MEDICO**.
2. El asegurado deberá presentar a la Compañía una solicitud de reembolso por cada persona de su grupo familiar que haya incurrido en gastos médicos; es decir no deben incluirse en una solicitud de reembolso gastos que correspondan a más de un beneficiario. Los gastos médicos, en particular los de farmacia (medicamentos ambulatorios), deberán ser consecuencia de una consulta médica.
3. En los recuadros de la sección **DETALLE DE LOS COMPROBANTES**, debe indicarse el número de documentos de cada tipo que se adjuntan a la solicitud de reembolso. En el recuadro **TOTAL DOCUMENTOS**, se debe indicar el total de documentos presentados y debe corresponder a la suma de los recuadros anteriores. En el recuadro **TOTAL \$**, debe indicarse el gasto total efectivo descontado de cada gasto real el reembolso de la institución de salud a que pertenece el asegurado o carga.
4. En caso de tratamientos prolongados o permanentes, o de controles por maternidad, el formulario deberá ser completado por el médico solamente en la oportunidad en que éste lo prescriba, haciendo constar el tipo y período aproximado de tratamiento.
5. El asegurado debe adjuntar a la solicitud: bonos, reembolsos, o programas de la entidad de salud previsional, además de las recetas médicas y las boletas de farmacia. Los gastos hospitalarios deberán ser presentados con el documento prefactura de la clínica u hospital. Las solicitudes de reembolso o bonificaciones de su isapre, deben ingresar con fotocopias de los documentos reembolsados. Todos estos documentos deben ser presentados en original, con la excepciones señaladas en el punto siguiente.
6. Gastos Médicos:
  - Las recetas de los medicamentos deben indicar el nombre completo del paciente.
  - Las boletas de farmacia deben indicar el nombre y precio de cada medicamento y se deben adjuntar a la receta médica correspondiente, ambas debidamente timbradas por la farmacia.
  - En aquellas boletas que solo indiquen el total de la venta, deberá obtenerse de la farmacia el detalle del nombre y precio de los medicamentos, que podrá anotarse en el reverso o en hoja aparte, debidamente timbrado por la farmacia.
  - Para gastos por medicamentos de uso permanente o prolongado, deberá adjuntarse el original de la receta, junto a la primera solicitud y fotocopias de las solicitudes de reembolsos posteriores. La receta original deberá ser renovada cada seis meses.
  - Para los gastos de medicamentos de “uso controlado”, se deberá adjuntar a la solicitud una fotocopia de la orden o receta médica debidamente timbrada por la farmacia.
  - Para los gastos por medicamentos amparados por una receta magistral, se deberá adjuntar una fotocopia de la receta.
7. En caso de tener cobertura por gastos de óptica, el centro de venta y su institución de salud deberán indicar por separado el valor de marcos y cristales.
8. Las prestaciones no cubiertas por la institución de salud, deben ser presentadas con el timbre de esa institución, indicando el motivo por el que no es reembolsable o está fuera de cobertura del plan de salud.
9. Cuando se trate de continuaciones de tratamientos, el asegurado deberá indicar esta situación en su declaración. En este caso no es necesario que el médico complete su parte, por cuanto los antecedentes ya están en poder de la Compañía (ver punto 4). De esta forma las solicitudes de reembolso para continuaciones de tratamiento solo deben ser completadas por el asegurado. Se exceptúan de esta disposición los controles ginecológicos y de niño sano, los que deberán completar la declaración del médico cada vez.
  - En caso de asalto, accidente de tránsito o riña, adjuntar Parte Policial.
  - Asimismo, en caso de accidente automotriz, pasar primeramente los gastos incurridos a la compañía de seguros en la que el vehículo afectado tenga la Póliza de Seguro Automotriz Obligatorio, luego a la isapre, si aún persiste diferencia, enviar copia de gastos y liquidaciones efectuadas.
10. El asegurado deberá presentar todos los antecedentes al encargado de la póliza en la empresa, quien los presentará a su vez de manera conjunta a la Compañía. Las solicitudes aprobadas se reembolsarán en un período no superior a cinco días hábiles a contar de la fecha de recepción de la remesa por parte de la Compañía.
11. Usted posee un plazo de 60 días a contar de la fecha de la prestación, para la presentación de la solicitud de reembolso de gastos. Los gastos presentados fuera de plazo no serán reembolsados.

### USO EXCLUSIVO DE BICE VIDA S.A.

EVALUACION DEPARTAMENTO MEDICO	VºBº
OBSERVACIONES DEPARTAMENTO DE SALUD	VºBº

# REALIZA TUS REEMBOLSOS POR GASTOS MÉDICOS AMBULATORIOS DE FORMA 100% ONLINE

BICE VIDA

Desde nuestro sitio  
web [www.bicevida.cl](http://www.bicevida.cl)



1

Ingresá a **Reembolso Web** en [www.bicevida.cl](http://www.bicevida.cl), con su RUT y clave.



2

En la página de inicio,  
sección "**Mis productos**",  
seleccioná tu producto  
de Seguros Colectivos,  
Salud y a continuación  
presiona en el menú lateral  
"**Reembolso Web**".

3



En la siguiente ventana  
presiona el botón "**SOLICITAR  
REEMBOLSO WEB**".  
Lee con cuidado la información  
que a continuación se detalla y  
presiona "**CONTINUAR**".

Confirma tus datos  
y seleccioná la carga  
para la que solicitas  
el reembolso y presiona  
"**CONTINUAR**".

Adjunta los documentos de la  
prestación que deseas reembolsar.  
Debes adjuntar al menos 2  
documentos (Formulario de  
Reembolso y respaldo de gastos)  
y presiona el botón "**ENVIAR  
SOLICITUD**".

6

Enviada la Solicitud de  
Reembolso, recibirás un mensaje,  
confirmando que el proceso se  
llevó a cabo con éxito.



5



Desde tu Smartphone  
descargando la nueva  
APP BICE VIDA.

2



Accede a la aplicación con  
tu RUT y contraseña de  
Sucursal Virtual y presiona  
"**Solicitar Reembolso**".

1



3

Descarga la aplicación  
desde APP Store  
para Iphone y desde  
Google Play Store  
para Androide.



A continuación se detallan  
las condiciones de uso de  
nuestro Reembolso Online.  
Una vez que hayas leído esta  
**importante información**  
presiona "**CONTINUAR**"

4



Confirmá que tus  
datos personales estén  
correctos y seleccioná  
la carga para la que  
solicitas el reembolso y  
presiona "**GUARDAR**".

4

Adjunta los documentos de  
la prestación que deseas  
reembolsar. Deben ser al menos  
2 documentos (Formulario de  
Reembolso y respaldo de gastos)  
y presiona el botón "**ENVIAR  
SOLICITUD**".

5



6

Enviada la Solicitud de  
Reembolso, recibirás  
el siguiente mensaje,  
confirmando que el proceso  
se llevó a cabo con éxito.



Para mayor información puede llamar a nuestro  
Contact Center al 800 20 20 22.

Este servicio solo aplica para reembolsos por gastos médicos ambulatorios.  
No aplica para reembolsos por gastos de hospitalarios, catastróficos ni dentales.  
El reembolso web considera un tope de UF 7 por evento.